

健康保険 被扶養者（異動）届（任意継続者用）

※扶養削除の場合は、被保険者証を添付してください。

常務理事	事務長		担当

被保険者証の記号番号	99	被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ	生年月日				性別	資格取得年月日			
	〇〇〇〇		健保太郎	昭和	年	月	日	男	平成	年	月	日
被保険者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1			電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				標準報酬月額	千円 5 6 0		

異動の別	被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業又は学年	年間予定収入(税込額)	世帯	扶養を始めた日 扶養をしなくなった日		個人番号(扶養削除の場合は記入不用)																						
	フリガナ(氏)	(名)							令和	年	月	日	理由・備考																				
増加・ 減少	ケンボ	ハナコ	昭和 平成 令和	5	1	0	8	3	1	女	妻	会社員	300万	同居	令和	0	1	0	5	0	1	就職											
増加・減少			昭和 平成 令和							男女				同居 別居	令和							個人番号(マイナンバー)は、扶養から削除する場合、 記入の必要はありません。											
増加・減少			昭和 平成 令和							男女				同居 別居	令和																		
増加・減少			昭和 平成 令和							男女				同居 別居	令和																		

※扶養削除をする場合は、個人番号の記入は必要ありません。

続柄は長男、二女など詳しく記入してください

個人番号(マイナンバー)は、扶養から削除する場合、
記入の必要はありません。

事業主の確認	事務所所在地
	事務所名称
	事業主氏名
	電話

社会保険労務士の提出代行記載欄

令和 年 月 日提出
受付日付印